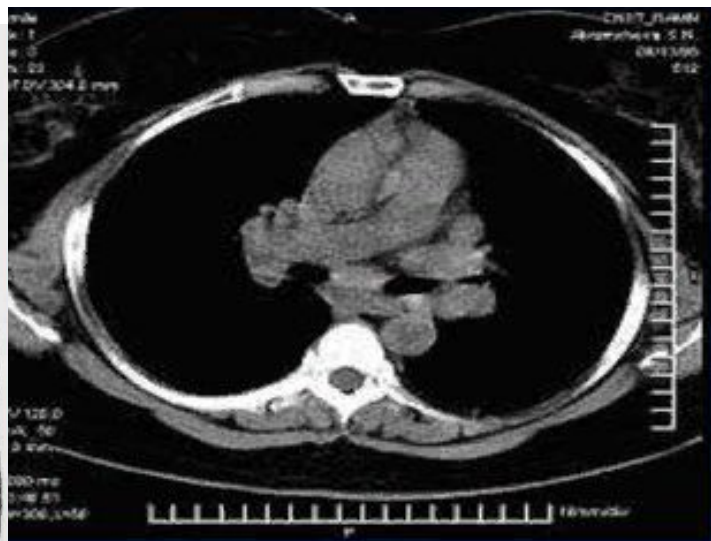
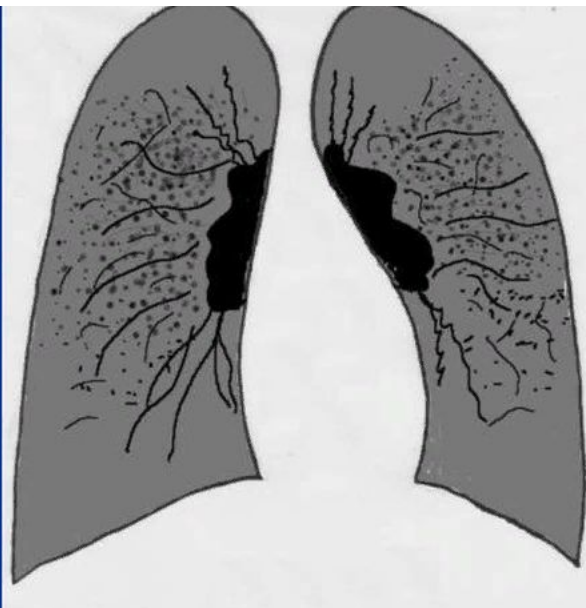
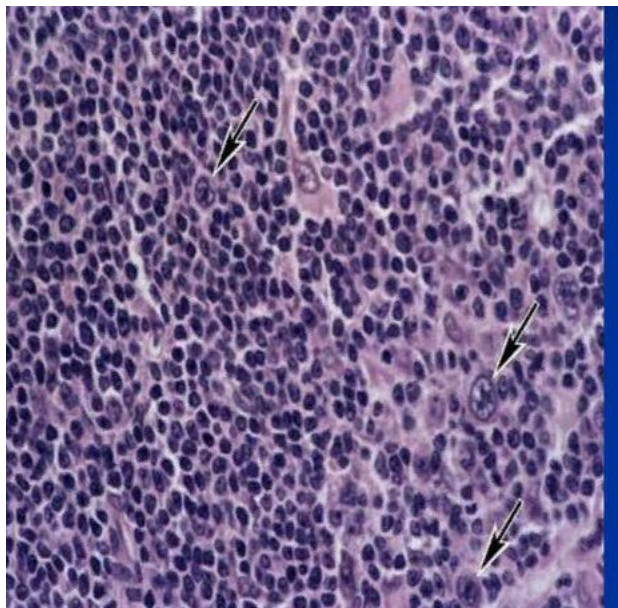


Диссеминации

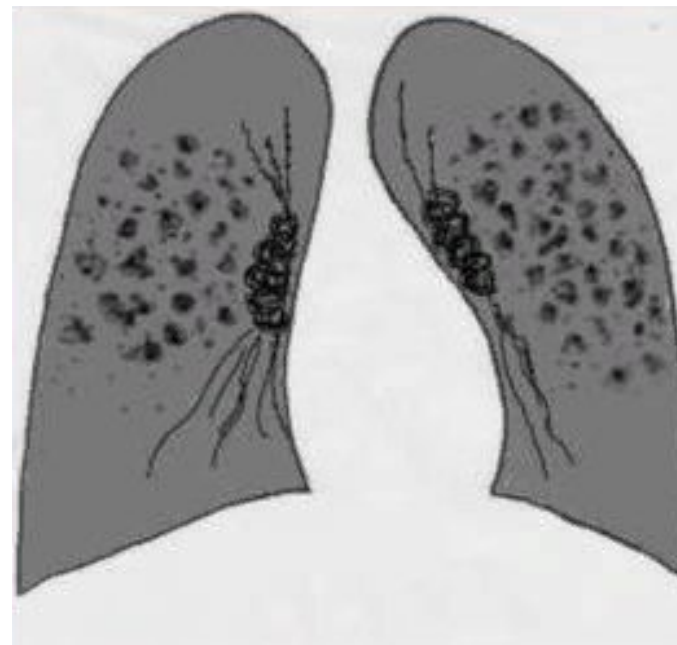
- Гранулематозы (туберкулез, саркоидоз, пневмокониозы, гистиоцитоз)
- Альвеолиты (экзогенный аллергический, токсический, идиопатический фиброзирующий)
- Рак (канцероматоз – метастатическое поражение легких, аденоматоз – бронхиолоальвеолярный рак легкого)
- Др (коллагенозы, застой крови в легких, пневмонии)

Заболевание	Клинические проявления	Рентгенологическая картина	ФВД	Изменения в периферической крови	Морфологические признаки
Пневмокониозы (силикоз)	Одышка, кашель, боли в грудной клетке, ЛУ не увеличены. Медленно прогрессирующее течение	Диффузно-интерстициальный фиброз, узелковый или узловой процесс. Мономорфные тени	Нарастание рестриктивного типа нарушений	Отсутствуют	Узелки с частицами пыли (SiO ₂) внутри и фиброзными кольцами вокруг
Диссеминированный туберкулез	Интоксикационный синдром Могут быть кашель, обнаружение МБТ в мокроте, кровохарканье, боли в грудной клетке	Тени полиморфные Могут быть интерстициальные изменения и увеличение ЛУ	Рестриктивные и обструктивные нарушения разной степени	Лейкоцитоз и лимфо- и моноцитоз, увеличение СОЭ	Туберкулезные бугорки, состоящие из клеток: эпителиодных, лимфоидных, Пирогова-Лангханса, с казеозом
Саркоидоз	Чаще бессимптомное начало, при прогрессировании появление субфебрильной лихорадки, слабости, ноющей боли за грудиной	Увеличение прикорневых ЛУ, реже парабронхиальных, трахеобронхиальных Крупнопятнистый рисунок в прикорневых и мелкопятнистый в средних зонах, мелкие очаговые тени	Смешанный тип нарушений в зависимости от выраженности процесса	Абсолютная лимфопения	Эпителиодно-клеточная гранулема (все клетки туберкулезного бугорка без казеоза)
Экзогенный аллергический альвеолит	Озноб, повышение температуры тела, одышка, кашель, боли в грудной клетке, мышцах, суставах	Усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента, суммация этих теней создает картину милиарных очагов	В острой стадии обструктивные изменения, при хронизации – рестриктивные	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ	Эпителиодно-клеточные гранулемы
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	Одышка при остром прогрессирующем течении, лихорадка, похудение, боли в грудной клетке, мышцах, суставах	Усиление и деформация легочного рисунка, интерстициальный фиброз, “сотое легкое”	Прогрессирование рестриктивного типа нарушений, эмфиземы	От нормальных показателей до выраженных нарушений	Уплотнение и утолщение межальвеолярных перегородок, облитерация альвеол и капилляров фиброзной тканью

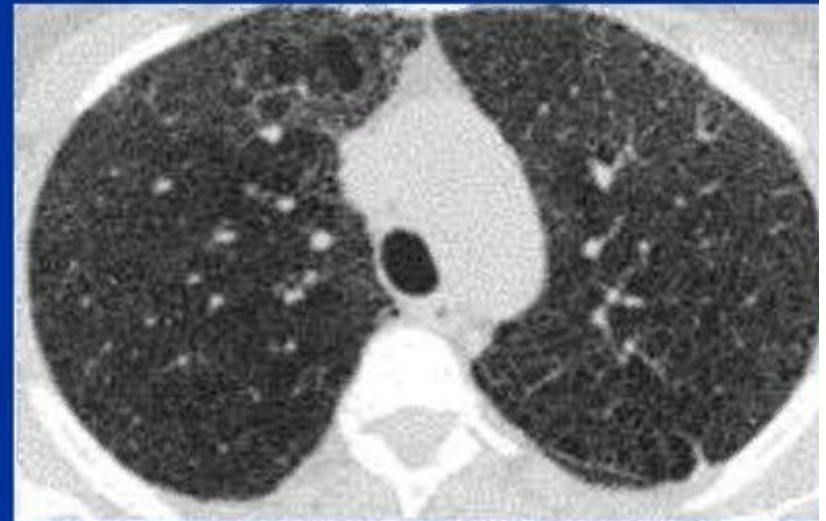
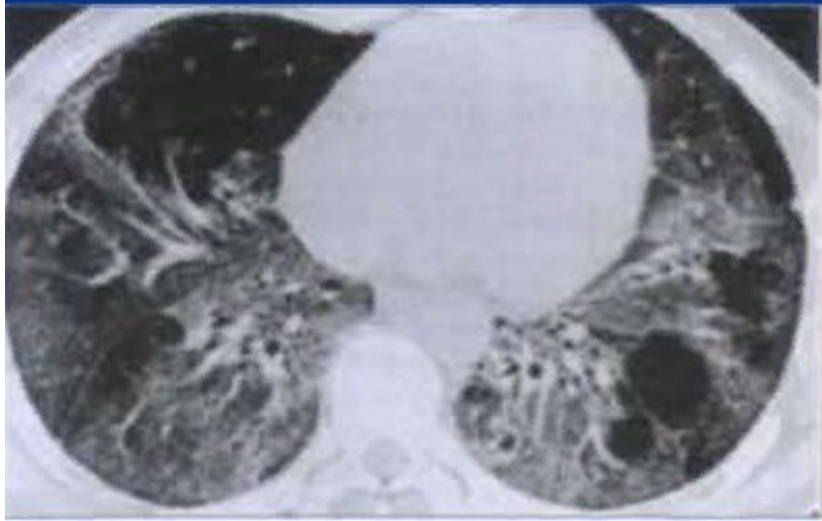
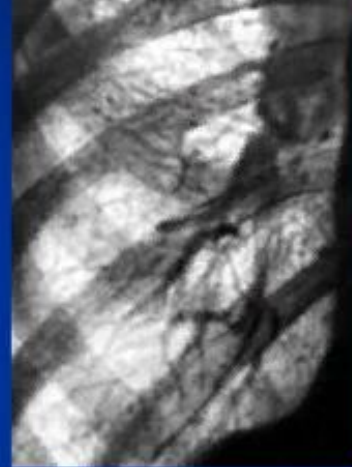
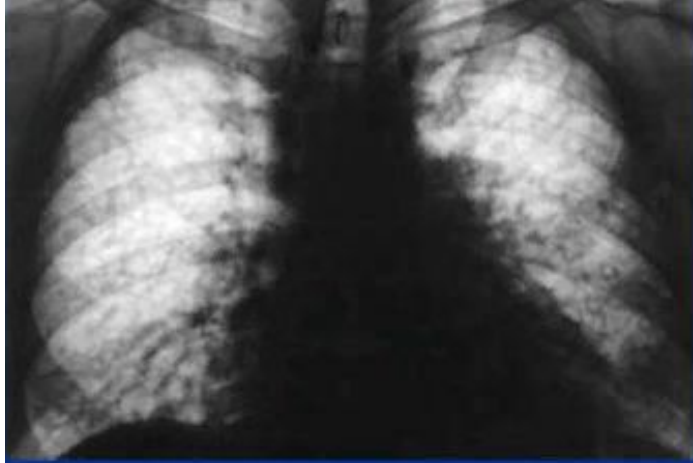
Саркоидоз



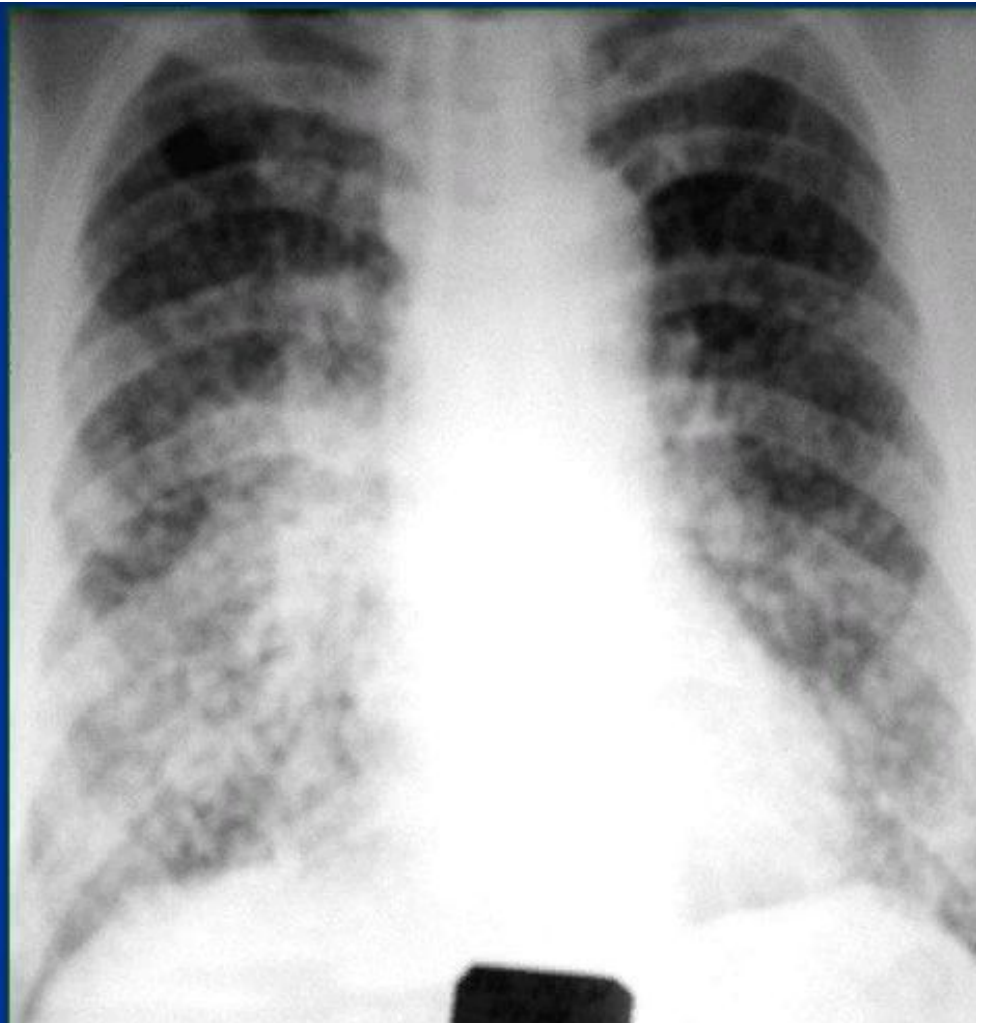
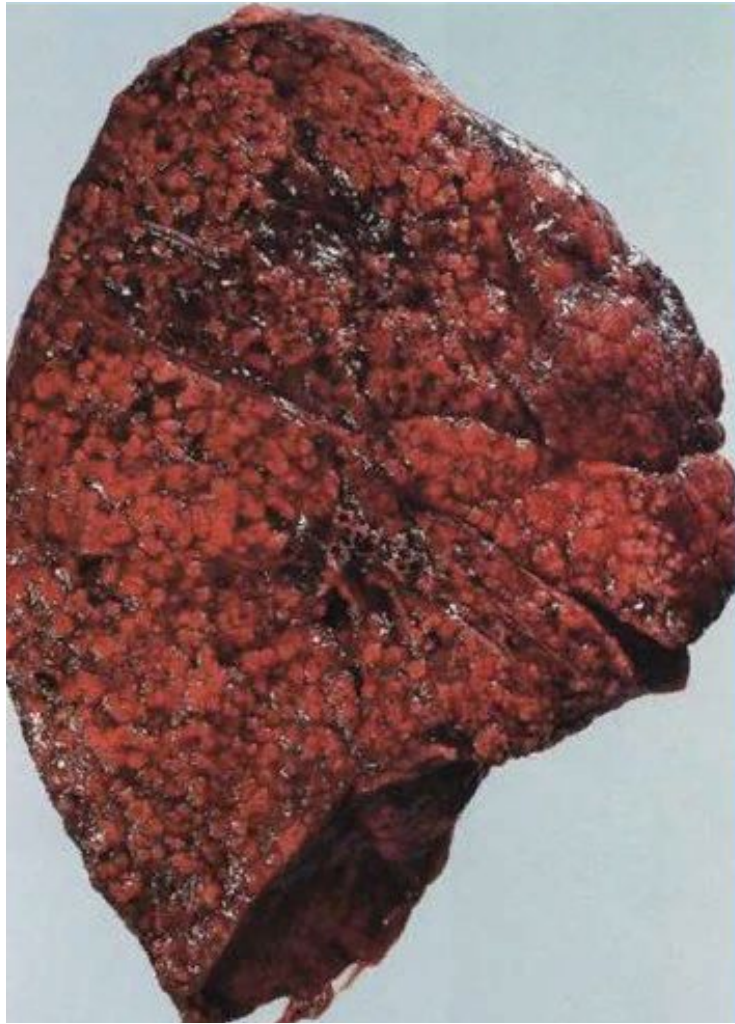
Пневмокониоз



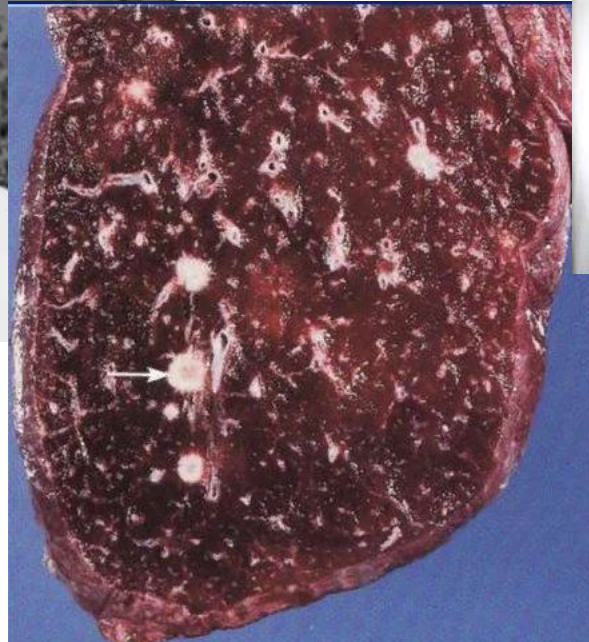
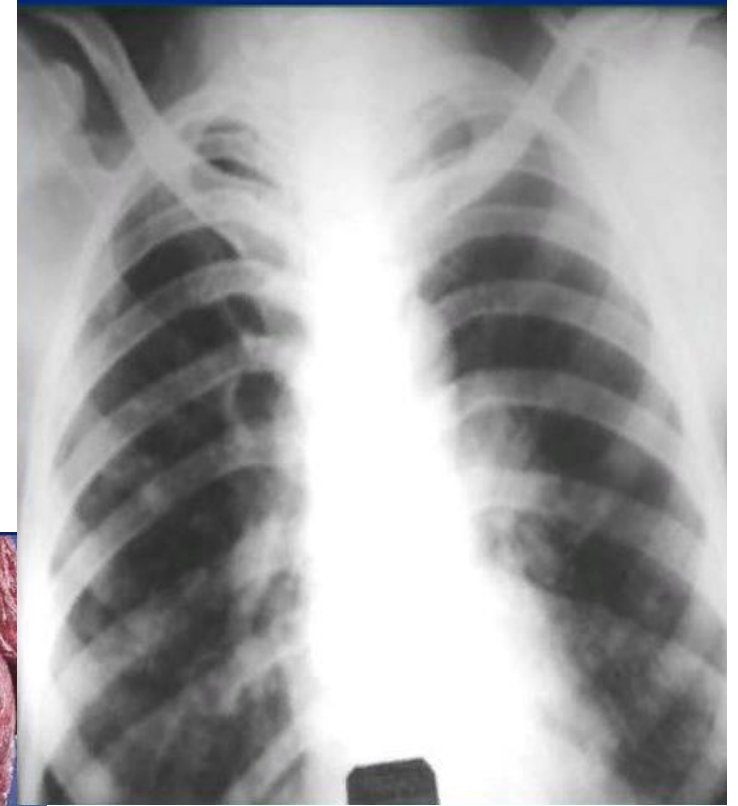
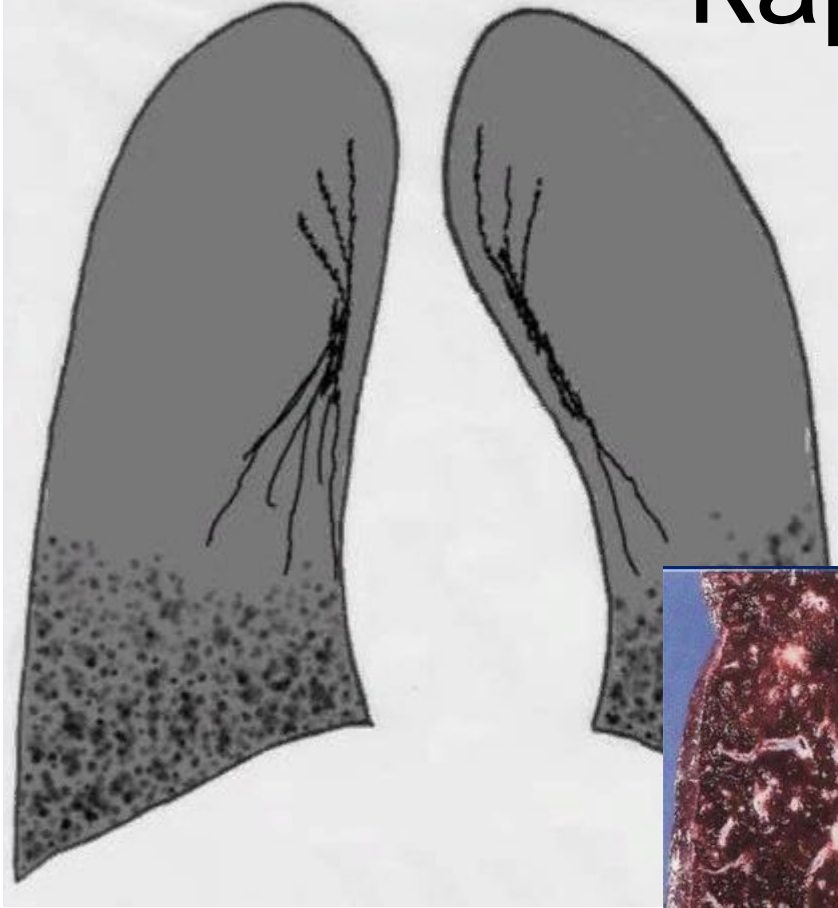
Идиопатический фиброзирующий альвеолит



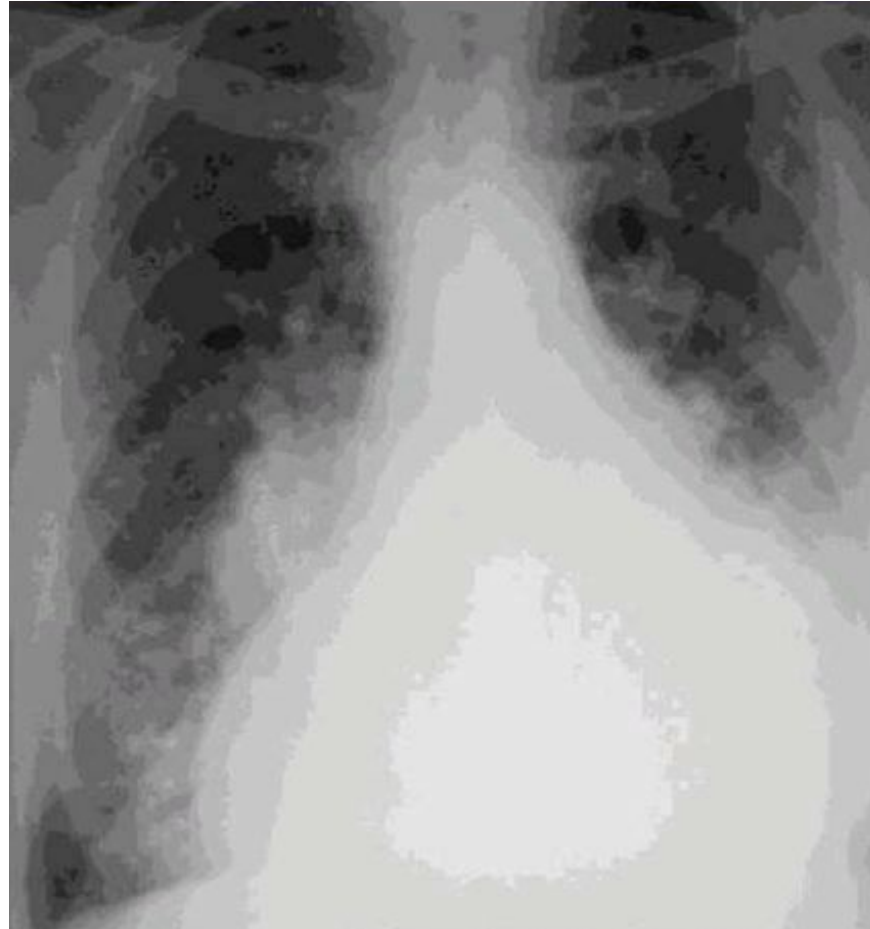
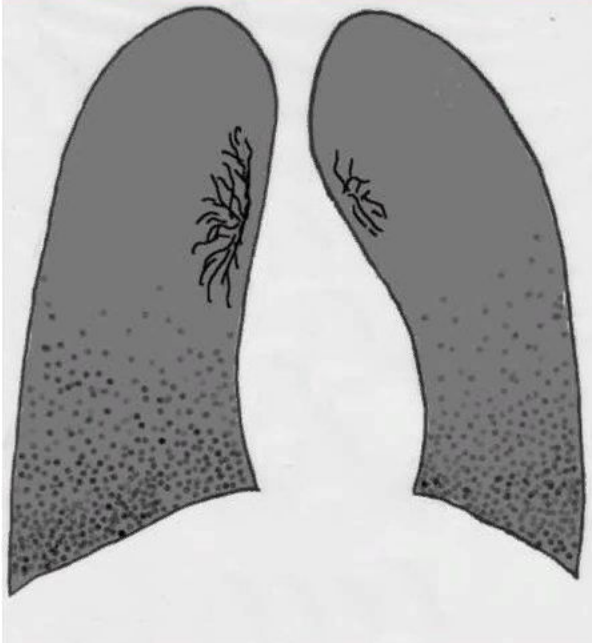
Аденоматоз



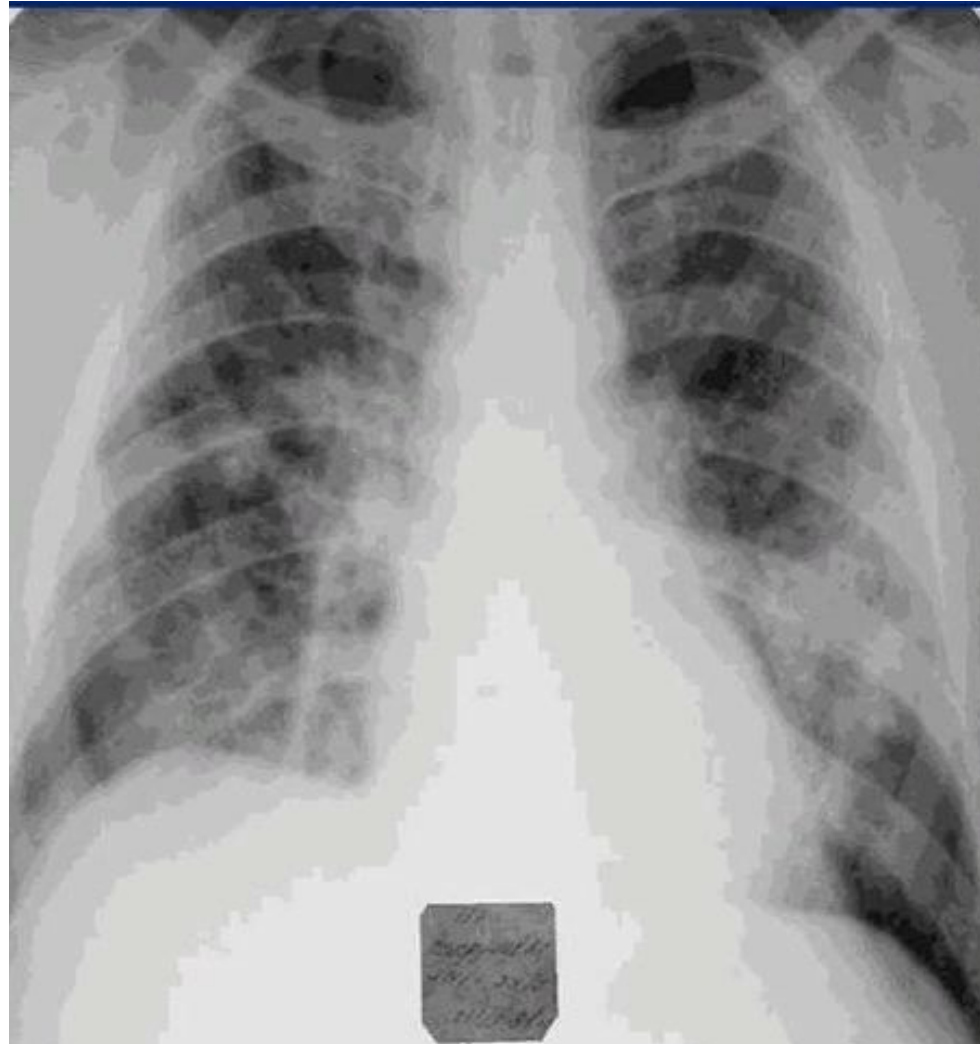
Карциноматоз



CH

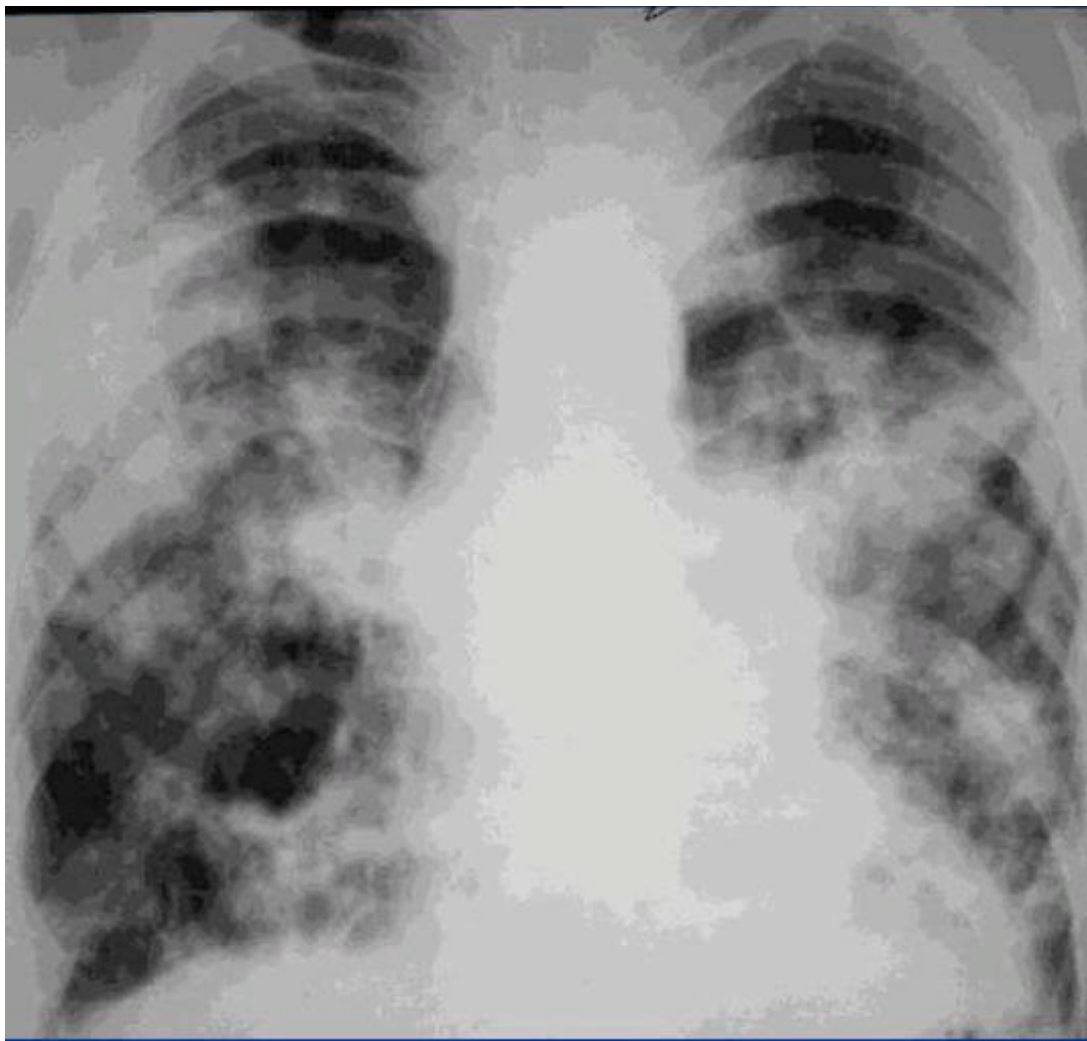


CKB



Заболевание	Клинические или лабораторно-диагностические признаки
Бактериальная пневмония	Острое начало, отсутствие в мазках мокроты КУБ, обнаружение неспецифических возбудителей при микроскопии по Граму и при посеве, быстрый клинический ответ на антибиотики широкого спектра действия (в течение 48 часов). Резолюция рентгенологических изменений в легких в течение трех недель
Пневмоцистная пневмония	Постепенное начало с усиливающейся инспираторной одышкой и сухим кашлем. Диффузные интерстициальные инфильтраты при рентгенологическом обследовании, повышение лактат-дегидрогеназы (ЛДГ) > 220 МЕ, снижение парциального давления кислорода при пульсоксиметрии, повышение СОЭ > 50 мм/час
Цитомегаловирусная пневмония	Сопутствующее поражение других органов и систем, помимо легких (ретинит, полинейропатия, миелит)
Саркома Капоши	Сопутствующее поражение других органов и систем, помимо легких: кожи, особенно кожи лица и головы (красно-фиолетовые пятна, инфильтраты и узлы), плевры (плеврит с геморрагическим экссудатом). При биопсии плевры с последующим морфологическим исследованием обнаруживают характерные морфологические признаки
Атипичный микобактериоз	Клиническая картина и течение заболевания похожи на туберкулез. Отличить от туберкулеза возможно при выделении возбудителя при посеве мокроты на МБТ или ДНК-возбудителя при ПЦР. Выделяют атипичные микобактерии <i>M. avium</i> , <i>M. Intracellulare</i> , которые объединены в один <i>M. Complex (MAC)</i>
Кандидамикозная пневмония	Кашель с выделением белой мокроты, кровохарканье, лихорадка, одышка. Отсутствие КУБ при микроскопии мазка мокроты, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии широкого спектра действия, сопутствующий кандидоз ротовой полости, выделение <i>Candida</i> при посеве мокроты в концентрации 10^3 в мл

Септическая пневмония



Пневмоцистная пневмония

